

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 234

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
SACRO-COXALGIE
CHEZ LES SUJETS AGÉS

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DU PROFESSEUR TIXIER

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 1^{er} Décembre 1925

PAR

Dragolioub KRSTITCH

Né le 19 Mai 1899, à Leskovatz (Serbie)



LYON

IMPRIMERIE L. BASCOU

42-44, Rue Sala, 42-44

—
Décembre 1925

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
SACRO-COXALGIE
CHEZ LES SUJETS AGÉS

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DU PROFESSEUR TIXIER

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 234

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
SACRO-COXALGIE
CHEZ LES SUJETS AGÉS

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DU PROFESSEUR TIXIER

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 1^{er} Décembre 1925

PAR

Dragolioub KRSTITCH

Né le 19 Mai 1899, à Leskovatz (Serbie)



LYON

IMPRIMERIE L. BASCOU

42-44, Rue Sala, 42-44

—
Décembre 1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire : M. HUGOUNENQ

Doyen MM. J. LEPINE.

Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BÉRARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique.	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.	VILLARD,
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie.	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne.	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON.
Anatomie pathologique	COLLET.
Chirurgie opératoire.	X.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie.	PAVIOT.
Médecine légale.	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, Hydrologie et Climatologie.	MARTIN (Etienne).
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	VALLAS.
— Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
— Chimie minérale	BARRAL,
— Urologie	GAYET,

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Orthopédie	LAROYENNE
Puériculture et Hygiène de la première enfance	CHATIN
Stomatologie	TELLIER.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUROUX	FAVRE	CHALIER (André)
GARIN	TRILLAT	BONNET	CHALIER (Joseph)
SAVY	SARVONAT	RHENTER	NOEL
FROMENT	FLORENCE (G.)	LEULIER	CORDIER (Pierre)
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX	MAZEL	
PIÉRY	CORDIER (V.)	SANTY	
COTTE	ROUBIER	DUNET	

M. BAYLE, *Secrétaire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, *Président* ; COTTE, *Assesseur* ;
MM. BONNET et SANTY, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de profonde affection et de reconnaissance.

A MA FEMME

Avec une infinie tendresse.

A MA CHÈRE PETITE SŒUR

A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. TIXIER

*Professeur de la Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Nous le prions d'accepter l'expression
de notre profonde gratitude pour l'ac-
cueil qu'il nous a toujours réservé et
l'honneur qu'il nous fait de présider
notre jury de thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ P. BONNET

*Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Nous lui sommes reconnaissant des
conseils très utiles qu'il nous a prodigués
au cours de ce travail.

Nous ne saurions oublier sa cordialité
et l'aide qu'il nous a apportée dans la
rédaction de notre ouvrage.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX DE LYON

INTRODUCTION

A deux reprises, ces dernières années, le professeur Tixier a profité de la présence dans son service, de malades atteints de sacro-coxalgie pour en faire l'objet d'une clinique magistrale. Chaque fois les malades présentés se trouvaient être des vieillards.

A cette occasion, il crut devoir faire remarquer que les données classiques sur l'étiologie de cette affection se trouvaient ici en défaut, puisque la sacro-coxalgie est considérée comme une affection des adultes jeunes.

D'autre part, l'allure clinique de la maladie paraissait être influencée par le terrain sur lequel elle évoluait. La sacro-coxalgie des sujets âgés apparaissait avec une physionomie particulière.

C'est à cette occasion que, sur le conseil du professeur agrégé Paul Bonnet, nous avons entrepris le travail que nous présentons aujourd'hui.

Nous nous sommes proposé, d'une part, de rechercher la fréquence relative de la sacro-coxalgie chez les personnes ayant dépassé la quarantaine ; d'autre part, de fixer, d'après les documents en notre possession, les particularités anatomiques et cliniques imprimées par l'âge du sujet à la marche de cette affection.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ETIOLOGIE

La sacro-coxalgie est essentiellement une maladie de l'âge adulte. Elle est la conséquence et la manifestation de ces ostéites du bassin que Gouilloud, dans sa thèse, en 1883, avait divisées, d'après l'époque habituelle de leur apparition, en ostéites prépubertiques et ostéites post-pubertiques. Elle est essentiellement une ostéite post-pubertique.

Pourtant, d'après Velpeau, cette affection peut frapper tous les âges : « Je l'ai rencontrée chez les jeunes gens et chez les vieillards, aussi bien dans la pratique de la ville que dans celle de l'hôpital, chez le riche comme chez le pauvre. »

Les travaux ultérieurs ne semblent pas avoir confirmé cette opinion de Velpeau. Delens, dans sa thèse d'agrégation conclut : « Nous pouvons, du moins, affirmer la grande rareté de la sacro-coxalgie dans l'enfance. C'est dans la période de 20 à 35 ans, que nous avons trouvé le plus grand

nombre d'observations de sacro-coxalgie. Le malade qui fait l'objet de la clinique de M. Gosselin (*Gazette des hôpitaux*, 1870, p. 297), avait, il est vrai, 48 ans et Velpeau a cité le cas d'une vieille dame chez laquelle il eut à ouvrir un abcès provenant de l'articulation sacro-iliaque, mais d'après les faits publiés, ces cas seraient exceptionnels ».

De fait, le petit nombre d'observations que nous avons pu recueillir dans la littérature semble confirmer l'extrême rareté de la sacro-coxalgie chez les sujets âgés.

Par contre, en compulsant la statistique intégrale d'un même chirurgien, dans les registres de la clinique du professeur Tixier, nous sommes frappé de la proportion relativement considérable de sujets âgés et même de vieillards, observés pour cette affection.

Sur les 19 sacro-coxalgies dont nous avons retrouvé l'observation, 5, c'est-à-dire plus du quart des cas, appartenaient à des sujets ayant dépassé la quarantaine.

Il s'agit là, nous le voulons bien, d'une série exceptionnelle. Mais les publications scientifiques ne sont-elles pas, elles-mêmes, basées souvent sur des séries exceptionnelles, et ne laissent-elles pas dans l'ombre, les observations de ces malades auxquels on attache, en général, peu d'intérêt scientifique, à cause même de l'impuissance thérapeutique devant laquelle on se trouve à leur égard ?

Nous sommes persuadé que si l'on recueillait intégralement la statistique de nombreux chirurgiens, on en retirerait la conviction que la sacro-coxalgie des sujets âgés n'est pas aussi exceptionnelle qu'on a bien voulu l'affirmer.

Il est facile de retrouver, chez les malades qui se trouvent atteints, vers le tard, d'une sacro-coxalgie, les traces évi-

dentes de manifestations antérieures de la tuberculose, sous forme de pleurésie, bronchite, adénite, arthrite.

Par contre, il n'est pas toujours facile de trouver une explication plausible à cette localisation tardive au niveau de l'articulation sacro-iliaque.

On peut se demander pourtant si la misère physiologique qui a été, après la guerre, le lot des personnes âgées, obligées de travailler à un âge où elles auraient pu, en d'autres temps, prétendre au repos, n'est pas une explication possible de la fréquence relative des cas observés ces dernières années.

Car il est difficile de trouver, dans le traumatisme physiologique de la multiparité, la cause d'une localisation à longue échéance sur l'articulation sacro-iliaque.

Ni traumatisme local, ni fatigue professionnelle ne peut être invoqué dans les observations que nous avons recueillies.

LÉSIONS ANATOMIQUES

Les lésions anatomiques de la sacro-coxalgie sont suffisamment connues par les descriptions des ouvrages classiques pour que nous nous contentions de signaler les particularités spéciales à la sacro-coxalgie des vieillards, révélées par nos observations.

Il nous a semblé, en effet, que les lésions de la sacro-coxalgie des vieillards ne sont pas superposables à celles de l'adulte.

En particulier, on ne rencontre pas, chez les sujets âgés, les *formes limitées* de sacro-coxalgie décrites par Delbet, où des néo-formations osseuses isolent le foyer tuberculeux et réalisent une ankylose osseuse favorable aux tentatives d'intervention chirurgicale limitée.

L'observation de Naz, que nous rapportons plus loin,

qui concerne une intervention sanglante chez un homme déjà âgé, montre bien l'inefficacité de la thérapeutique employée.

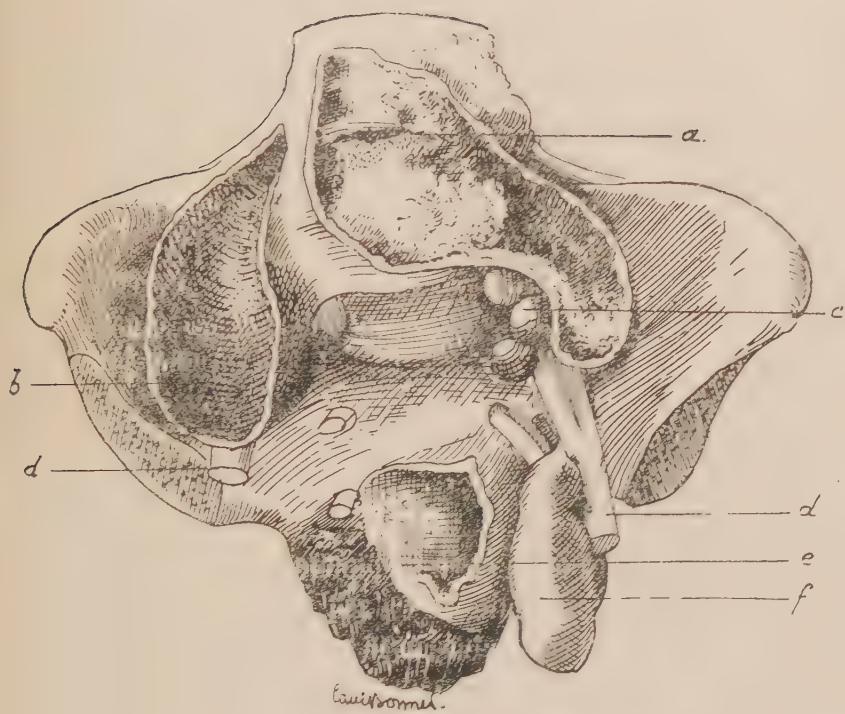
Chez le vieillard, les lésions osseuses présentent incontestablement un caractère de *diffusion* qui leur est propre.

Il est permis de le supposer d'après les seules observations cliniques qui montrent la fréquence des abcès bilatéraux, droit et gauche, ainsi que la multiplicité des abcès intrapelviens et extrapelviens provenant de la même articulation.

La pièce anatomique dont nous apportons ici la description et qui appartient à la clinique du professeur Tixier, montre mieux encore la tendance à la diffusion des lésions : Il s'agit ici d'une sacro-caxalgie associée à un mal de Pott lombo-sacré. (Obs. 1). Le mal de Pott, méconnu pendant la vie, fut une découverte d'autopsie.

On peut remarquer sur cette pièce, dont les abcès ont été ouverts pour mettre en évidence les lésions osseuses :

1° *Un mal de Pott lombo-sacré* : Les 4° et 5° vertèbres lombaires, ainsi que la partie supérieure du sacrum présentent des lésions superficielles de carie ; le disque intervertébral est partiellement détruit. Un vaste abcès recouvre la face antérieure des corps vertébraux et du sacrum. Il se prolonge à droite et à gauche, sous forme de deux poches profondément plaquées dans la fosse iliaque, étalées au devant de l'articulation sacro-iliaque avec laquelle la poche gauche communique, de sorte qu'il est impossible de dire si l'articulation a été envahie secondairement ou si, primitivement atteinte, elle a envahi, à la faveur d'un abcès arthrifluent, les corps vertébraux devant lesquels l'abcès est étalé.



Des fongosités, un pus grumeleux et épais remplissent la cavité de l'abcès.

De volumineux ganglions caséeux ou œdémateux doublent la paroi tuberculeuse de l'abcès.

Les nerfs du plexus sacré se trouvent soumis à une double cause de compression et d'inflammation : au-devant d'eux s'étalent les abcès, contre eux se pressent les ganglions enflammés, le même œdème inflammatoire les enveloppe.

2^o *Une sacro-coxalgie gauche* : deux abcès propres à la sacro-coxalgie se voient ici nettement.

L'un d'eux a glissé sous l'un des nerfs sacrés pour s'étaler dans la concavité sacrée. Le sacrum noirâtre, nécrosé à la faveur d'une escarre sacrée, a été l'origine de l'infection secondaire de cet abcès.

Un autre abcès arthrifluent, cliniquement perceptible au toucher rectal, est suspendu à l'articulation à la façon dont est suspendu à une branche le nid du tisserin loriot. Son pédicule d'attache, étroit, s'insinue entre les racines du nerf sciatique qu'il écarte et s'épanouit après sa traversée de la fourche nerveuse. Cette figure illustre, de façon lumineuse, la pathogénie des douleurs de névrite sciatique si communes dans la sacro-coxalgie, et si particulières à cette affection.

Il existait en outre, sur cette pièce, un abcès postérieur volumineux, plaqué contre l'articulation et étalé sous les téguments.

La pièce sèche, qui subsiste seule actuellement, montre des lésions très étendues d'ostéite des ailes iliaques, et de la face antérieure du sacrum, encore superficielles, à tendance pourtant serpiginieuse.

Sur le vivant, le stylet introduit dans les trajets fistu-

leux donnait au doigt la sensation que l'instrument pénétrait dans un bloc de sucre mouillé.

Il n'est pas jusqu'à l'existence de lésions osseuses à distance (ostéite du sternum, tuberculose rénale, arthrite du genou, lésion testiculaire, ostéite du métacarpien, à évolution torpide) associées à la sacro-coxalgie et signalées dans nos observations, qui ne soient une manifestation de cette tendance particulière à la diffusion des lésions osseuses chez le vieillard.

Tout se passe comme si l'*ostéoporose sénile* offrait à la tuberculose un sol comparable à de la roche effritée et perméable, favorable à sa diffusion.



ETUDE CLINIQUE

Les divisions que l'on a l'habitude d'introduire, de façon un peu artificielle, dans l'étude de cette affection, pour les nécessités de la description clinique, apparaissent, lorsqu'on parcourt les observations de sacro-coxalgie des vieillards, plus loin encore de traduire exactement l'évolution clinique, qu'elles ne le font chez l'adulte, tellement les symptômes qui passent pour caractéristiques d'une période de l'évolution, sont ici enchevêtrés.

Pourtant, en fait, le symptôme qui marque les phases initiales de la maladie et conduit le malade à consulter est le plus souvent *la douleur*.

L'abcès lui succède et l'efface.

Les troubles de la marche ne peuvent constituer une phase de la maladie. Ils sont ici accessoires et sans caractère tranché.

La douleur caractéristique de la sacro-coxalgie est la *névralgie sciatique*. Très rarement elle revêt les caractères de la douleur à *type articulaire*. Les malades, sauf exception, ne souffrent pas la nuit. Le repos au lit les soulage ; ils ne sont pas tenus en éveil ni réveillés dans leur premier sommeil par la douleur que fait naître le relâchement, dans sa veille, de la contraction musculaire.

Par contre, la *névralgie sciatique* se retrouve dans presque toutes les observations, rebelle à toute thérapeutique, tenace, dépassant en évolution la durée de la sciatique ordinaire.

La douleur peut être continuelle. Le malade n'est plus alors soulagé par le repos au lit. Aucune position ne lui convient. Dans ce cas, la douleur persiste la nuit et empêche le sommeil.

La douleur est ordinairement le premier, et pendant longtemps le seul symptôme, « symptôme signal » pour qui sait lui donner sa valeur. Elle précède de plusieurs mois, et parfois d'un an et demi, l'apparition des troubles de la marche et des abcès.

La névralgie sciatique peut manquer cependant. Elle peut être remplacée par des douleurs à caractère de *lumbago*, ou par des névralgies à type pelvien, irradiées à la fesse, à la face antérieure de la cuisse, jusqu'au genou.

Ces douleurs traduisent peut-être l'atteinte isolée d'une racine du plexus sacré.

D'autres fois, les douleurs à type de *névralgie crurale* ou *obturatrice* peuvent être en rapport avec les abcès qui se propagent en remontant le long du psoas ou avec les lésions associées d'un mal de Pott lombo-sacré.

Les abcès sont un symptôme particulièrement constant dans la sacro-coxalgie des vieillards, chez qui l'ostéite évolue de façon torpide et progressive, sans tendance à la guérison.

L'abcès peut exceptionnellement, se présenter comme le premier symptôme de la maladie, en l'absence de toute douleur prémotrice. (obs. IV).

Mais nous avons dit que le plus souvent, comme dans le mal de Pott et nombre d'autres ostéites tuberculeuses, l'abcès est annoncé de longue date par la douleur.

En règle générale, la douleur disparaît quand l'abcès devient manifeste. « L'abcès efface la douleur ».

Toutes les formes des abcès de la sacro-coxalgie peuvent être observées et ils ont pour caractéristique d'être le plus souvent *multiples* et souvent *bi-latéraux* :

Les abcès *extra-pelviens* viennent apparaître à la fesse en regard même de l'articulation.

Ils peuvent s'étaler à la surface de l'os iliaque et s'ouvrir à quelque distance de l'articulation, dans la fosse iliaque externe. Peut-être alors traduisent-ils l'atteinte à distance de l'os iliaque par l'ostéite serpentineuse.

Ils peuvent fuser sous le muscle grand fessier et pousser des prolongements qui cheminent dans la gaine celluleuse du sciatique jusqu'à la partie moyenne de la cuisse.

Les abcès *intrapelviens* ne sont pas moins fréquents, mais ils sont plus souvent méconnus jusqu'au jour où ils viennent bomber et s'ouvrir au niveau du pli de l'aîne.

Quelques-uns, parmi ceux-ci, s'étalent à la surface de la concavité sacrée où ils donnent au toucher rectal, une sensation nette de fluctuation, d'autres sont suspendus à l'articulation, au niveau de la grande échancrure sciatique.

On peut les percevoir au toucher rectal sous forme de tuméfaction circonscrite indurée et douloureuse. Ils viennent s'étaler sur les côtés du rectum, en avant du grand ligament sacro-sciatique, ou bien ils passent en arrière de lui et, cheminant dans la coulée celluleuse que suit le nerf sciatique, confondent leur migration à la face postérieure de la cuisse, avec celle des abcès extrapelviens.

Les troubles de la marche ne sont pas caractéristiques, Ils sont souvent en rapport avec la douleur de névralgie sciatique, plutôt qu'ils ne traduisent un rententissement douloureux articulaire.

Lorsque la sacro-coxalgie, devenue bien typique, se présente avec tout son cortège de symptômes caractéristique, le **diagnostic** en est facile.

L'examen est complété par la recherche de la douleur provoquée à la pression, au niveau de l'articulation elle-même, ou provoquée par des pressions transmises à l'articulation :

Douleur à la divulsion des ailes iliaques qui ouvre l'articulation en avant, signe d'Erichsen ;

Douleur à la pression des ailes iliaques qui tasse l'articulation, signe de Volkman ;

Douleur à la chute sur les ischions qui disloque l'articulation, signe de Larrey ;

Douleur dans les mouvements que fait le malade pour se tourner sur le côté, signe de Gangolphe.

Ces signes sont classiques.

Ils peuvent se manifester en l'absence de toute recherche

spéciale et parfois les malades se plaignent spontanément de souffrir lorsqu'ils se retournent dans leur lit, de souffrir en position assise, au point de ne pouvoir s'asseoir que sur la fesse saine.

Pourtant, ces signes peuvent manquer à l'exploration clinique ; ils sont très inconstants, chez les vieillards comme chez l'adulte.

Il en résulte que le diagnostic peut présenter quelque difficulté :

a) Cela est vrai surtout, au début, quand l'affection commence, et lorsque la *douleur* est encore le seul symptôme. C'est à l'étude de sa valeur séméiologique que le diagnostic doit s'attacher :

Chez l'homme, la névralgie sciatique doit immédiatement conduire au toucher rectal, qui permettra d'éliminer la cause la plus habituelle : cancer de la prostate ; cancer du rectum.

Chez la femme elle doit conduire au toucher vaginal : certains fibromes, le cancer du col propagé au paramètre, le cancer du corps utérin, étant les causes les plus fréquentes.

En l'absence de l'une quelconque de ces lésions, l'examen doit être porté systématiquement sur l'exploration de l'articulation sacro-iliaque.

b) Parfois le symptôme pour lequel le malade vient consulter est la *claudication*, la gêne ou la douleur dans la marche, accompagnée souvent d'une attitude vicieuse du membre.

A vrai dire, la boîterie n'est pas très caractéristique :

Elle peut être en relation avec la douleur de névralgie sciatique. Dans ce cas, la malade marche en immobilisant tous le membre inférieur qu'il avance en le balançant.

Dans d'autres cas, la boîterie est le résultat de la tendance qu'a le malade à réduire au minimum, le temps d'appui du membre correspondant à la lésion, à cause de la douleur qu'il éprouve.

La claudication, l'attitude vicieuse du membre du côté malade, qui se met souvent en rotation externe et abduction posent le problème du diagnostic de la coxalgie. Même sur le plan solide d'une table d'examen, le diagnostic peut être difficile entre ces deux affections, car l'abduction du membre inférieur est souvent douloureuse dans la sacro-coxalgie, par la mobilisation de l'aile iliaque qu'elle entraîne. Mais, dans ce mouvement, le malade accuse la douleur en arrière et non à la hanche et un examen minutieux avec immobilisation du bassin par un aide parvient en général à trancher le diagnostic.

La difficulté se complique parfois du fait de lésions vertébrales lombo-sacrées, associées, dont il est difficile de faire la part dans la symptomatologie.

c) Lorsque le malade se présente avec un *abcès* sous les insertions du muscle grand fessier, la nature même de la tuméfaction peut prêter à discussion, chez les personnes âgées surtout.

Un sarcome du bassin peut présenter la même fluctuation et la même tuméfaction. La recherche d'une tumeur primitive du corps thyroïde, du sein ; la constatation d'une élévation de température, les signes fournis par le toucher

rectal, seront les éléments d'un diagnostic différentiel souvent difficile.

L'abcès une fois reconnu, il peut être très difficile d'en déterminer, de façon précise, l'origine dans une sacro-coxalgie ou un mal de Pott dorsolombaire et surtout lombosacré, d'autant que les deux lésions sont souvent associées et que la migration dans la fosse iliaque, vers l'arcade crurale, est commune aux abcès de ces deux lésions.

L'examen du malade debout (Tixier) permet quelquefois de faire le diagnostic : si la douleur apparaît dans le déhanchement du bassin, il y a présomption en faveur de la sacro-coxalgie. Dans le mal de Pott, le bassin est ramassé, enraidit ; il fait bloc avec la partie inférieure de la colonne.

PRONOSTIC

Il est très difficile d'établir, sur le petit nombre d'observations, le pronostic de la sacro-coxalgie chez les sujets âgés.

Nous avons cherché à revoir les malades observés dans la clinique du professeur Tixier :

L'un d'eux, après 3 ans, se trouve actuellement bien portant et travaille dans une usine. Chez lui, le diagnostic du sacro-coxalgie ne peut être affirmé. L'affection avait, en tout cas, évolué sans abcès et les signes douloureux, imprécis, furent la seule manifestation de la maladie.

Trois autres malades ont succombé, 1 an, 2 ans et 3 ans après le début de l'affection.

Un autre vit encore, très cachectique, 9 mois après le début.

Nous croyons pouvoir affirmer, *à priori* et si l'on considère l'évolution habituelle de la tuberculose osseuse chez les vieillards, et aussi d'après ce que nous avons vu chez

les malades qui ont été suivis pendant tout le cours de leur affection, que le pronostic de la sacro-coxalgie est particulièrement grave à cet âge.

L'évolution est torpide et très vite l'état général se trouve profondément altéré. Le malade meurt cachectique, de tuberculose pulmonaire, à moins qu'une complication infectieuse développée à la faveur de la fistulisation ou d'une escarre sacrée ne vienne hâter le dénouement.

TRAITEMENT

Ce que nous avons dit de la diffusion des lésions anatomiques paraît contre-indiquer, de façon absolue, *l'intervention sanglante* qui peut donner, chez les sujets jeunes, de rapides guérisons.

La forme d'ostéite limitée ne semble pas exister chez le vieillard.

Peut-être convient-il de ne pas être trop absolu dans cette affirmation. Nous lisons, en effet, dans le traité des *Arthrites tuberculeuses*, de M. Vignard, qui vient de paraître :

« La constitution serrée de l'articulation, l'absence de cavité articulaire, font que l'intervention ressemblera beaucoup au curetage d'une ostéite, puisqu'il s'agit en somme d'un véritable bloc osseux. J'ai eu récemment l'occasion de constater par ce mode de faire un assez beau résultat obtenu chez un homme de 50 ans. L'évacuation d'un abcès, le curetage de la partie postérieure de l'articulation,

jointes à l'héliothérapie, amenèrent la cessation de la fièvre, des douleurs et un relèvement notable de l'état général. »

Pratiquement, *l'immobilisation* de la jointure ne peut pas être imposée, sauf à une phase tardive de la maladie où la dislocation articulaire oblige le malade au repos. Mais à la phase douloureuse du début, on n'obtient pas, en général, du malade le dur sacrifice du repos au lit et la perspective de complications pulmonaires possibles, celle d'escarres au voisinage même de la lésion, conduit souvent le chirurgien à y renoncer.

La *ponction des abcès* associée aux injections modificatrices, paraît être la seule thérapeutique à instituer. La reproduction *rapide* de l'abcès oblige souvent à répéter la ponction à brève échéance.

A la période terminale, il convient de s'attacher avec le plus grand soin au traitement des escarres de façon à retarder le plus possible l'infection secondaire des abcès de la fesse ou de ceux qui se font dans la concavité sacrée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Clinique du Professeur Tixier.)

Sacro-coxalgie associée à un mal de Pott lombo-sacré.

B... (Louise), 61 ans, en mai 1919.

La malade entre dans le service, sur les conseils d'un médecin, pour abcès de la région sacro-iliaque gauche.

Père mort à 77 ans, mère morte à 80 ans.

7 frères ou sœurs en bonne santé ; 3 frères morts en bas âge de diarrhée infantile.

Un frère aurait eu une méningite.

Bonne santé dans l'enfance.

Un accouchement normal à 27 ans. Enfant vivant.

Bronchite légère il y a 10 ans.

Fièvre typhoïde à 29 ans contractée auprès de son mari, qui mourut de cette maladie.

L'affection actuelle débuta en février 1919, par des douleurs de sciatique gauche, assez intenses, n'empêchant cependant pas le travail mais occasionnant une légère boiterie. Quelque temps après apparut, en arrière, dans la région sacro-iliaque gauche, une tumé-

faction du volume d'une noix, qui augmenta progressivement de volume en même temps que les douleurs diminuaient d'intensité.

La malade ne fut jamais réveillée la nuit par des douleurs de type articulaire.

Actuellement : malade extrêmement pâle, usée, déprimée, ayant perdu l'appétit.

Dans la région sacro-iliaque gauche, on voit bomber une tuméfaction à reflets luisants, acuminée. La peau, à ce niveau, est chaude, marbrée, amincie, luisante en un point central, fluctuante et prête à s'ouvrir. La base de l'abcès est large et étalée, plaquée contre les plans profonds.

Les douleurs de sciatique ont complètement disparu.

La recherche des signes révélateurs de la douleur habituelle à la sacro-coxalgie est absolument négative : pas de douleur à la marche, à la divulsion des ailes iliaques, ni à la pression brusque qui tend à les rapprocher.

Le toucher rectal poussé très haut, révèle au niveau précis de l'articulation sacro-iliaque gauche, la présence d'une tuméfaction bien comoméríte, du volume d'une noix, faisant corps avec le squelette, extrêmement douloureuse à la palpation et nettement fluctuante.

30 mai 1919 : première ponction, issue d'un grand verre de pus jaune, purée de pois, mêlé de grosses flammèches qui obturent le trocart. Après la ponction la tuméfaction a complètement disparu et les doigts peuvent palper le squelette immédiatement sous la peau. Injection de glycérine iodoformée.

Le 12 juin : deuxième ponction et injection modificatrice. La malade ne peut se résoudre au repos et sort le 18 juin.

Elle fait un nouveau séjour du 15 au 20 juillet. L'abcès qui a repris le même volume est à nouveau ponctionné.

Troisième séjour du 22 août au 15 septembre, pour un abcès froid de la région sternale. Depuis deux ans la malade ressentait une légère douleur à la pression sur l'extrémité supérieure du sternum. L'abcès a commencé à grossir vers le 20 juillet, sans douleur. Le 23 août, à l'entrée, la tuméfaction sternale a le volume d'un gros œuf de poule, elle siège à l'union de la poignée et du corps de l'os à gauche de la ligne médiane. Ponction.

La malade reste plus d'un an sans entrer dans le service. L'abcès sternal se *fistulise* et il en sort plusieurs séquestres.

Le 9 octobre 1920, la malade entre à nouveau dans le service, extrêmement cachectique. On constate la fistule de la région sternale et une plaie fistuleuse au niveau de la partie postérieure de l'articulation sacro-iliaque gauche. Un stylet poussé au contact de l'os donne la sensation qu'on pénètre dans un bloc de sucre mouillé. Les lésions sont propagées assez loin du côté de l'aile iliaque.

Température à légères oscillations entre 37 et 38. Les urines renferment un léger disque d'albumine. L'auscultation des poumons révèle une respiration soufflante aux deux sommets. Léger retentissement de la toux au sommet droit.

Submatité des bases sans râles.

L'abdomen est un peu ballonné sans ascite.

Décès le 5 février 1921.

Autopsie : (Dr Bonnet). — Lésions de tuberculose pulmonaire, petites cavernes.

Rein droit complètement transformé en un bloc caséux, exclu.

Les lésions de sacro-coxalgie concordent avec un mal de Pott lombo-sacré (fig. 1).

Les corps vertébraux des 4^e et 5^e lombaires sont le siège d'un processus d'ostéite très prononcée. Le disque intervertébral est détruit, remplacé par une géode. Un abcès orrifiant couvre les corps vertébraux, s'étale au-devant d'eux et se prolonge à droite et à gauche, sous forme de deux prolongements qui s'étalent au-devant des deux articulations sacro-iliaques. Celles-ci s'ouvrent dans la poche correspondante. L'abcès droit plus volumineux descend au voisinage de la grande échancrure sciatique et couvre les branches d'origine du nerf sciatique. Il est doublé de gros ganglions caséux.

L'abcès gauche, doublé lui aussi de volumineux ganglions descendant au contact des premières branches d'origine du sciatique.

De la face antérieure et du bord inférieur de l'articulation sacro-iliaque gauche partent deux abcès : l'un étalé dans la concavité sacrée est ouvert au niveau d'une escarre sacrée qui a transformé l'extrémité inférieure du sacrum en un bloc noirâtre ; l'autre traverse les racines d'origine du nerf sciatique, entre lesquelles son pédicule est étroitement serré, et s'épanouit après leur traversée sous forme d'une sangsue ou mieux d'un nid de tisserin lorient suspendu à une fourche d'origine du nerf sciatique. C'est ce dernier abcès qui était perçu au toucher rectal.

OBSERVATION II
(Clinique du Professeur Tixier.)

M... (Marie), ép. B..., 51 ans.

Malade envoyée dans le service par le Dr Bonnet pour une suppuration persistante au niveau du bassin.

A. H. Père mort de pleurésie à 60 ans. Mère morte à 82 ans.

10 frères et sœurs. Rien de particulier à retenir sur les antécédents collatéraux.

A. P. Pas de maladie dans l'enfance. Règles à 14 ans assez irrégulièrement. Mariée à 32 ans, 2 enfants vivants, bien portants. Son mari bien portant, boite à la suite d'un accident de tramway, arrivé au mois de janvier 1915. A partir de ce moment « retournée » par cet accident survenu à son mari, la malade se mit à maigrir, éprouvant une faiblesse générale, jusqu'au mois de janvier 1921, date à laquelle elle éprouva des douleurs dans la jambe gauche, surtout marquée, à la face antérieure et à la face postérieure de la cuisse. Un médecin consulté fit mettre des topiques.

Un mois après cette sciatique passe à droite. Plus de douleurs dans le membre gauche, mais la jambe droite devint très douloureuse « comme si on lui arrachait la chair ». Elle souffrit ainsi tout l'hiver, faisant des frictions, prenant de l'aspirine et mettant des chevilles au fondement qui calmaient la douleur (probablement des suppositoires de belladone).

Au bout de six mois, la malade retourna voir un médecin qui constata de la sciatique et donna un traitement symptomatique de la sciatique.

Au mois de juillet, elle alla voir un autre médecin avant d'aller à la campagne ; lui montra un point douloureux au bas des reins, celui-ci lui dit que ce n'était rien, que c'était « sa sciatique ».

Elle part à la campagne au mois de juillet, souffrant toujours, allant tant bien que mal.

Un beau jour, comme un coup de foudre, la douleur cessa à droite mais repassa à gauche en même temps que la malade remarqua qu'une grosseur se formait au bas des reins « comme une petite savonnette ».

La peau restait normale sur cette grosseur qui, à partir de ce

moment, alla en augmentant. Boitant un peu, la malade vaquait à ses occupations et au mois de septembre elle alla consulter un médecin à Albertville, qui lui dit qu'elle avait une « tumeur qu'il fallait pomper ».

La malade rentra à Lyon, alla voir le Dr Naz qui ponctionna l'abcès et retira du pus — un litre, peu épais, jaune, strié des filets sanglants. La malade rentra chez elle à pied. Le lendemain, souffrant toujours, elle constata en se regardant dans une glace, que la grosseur était revenue et qu'elle lui occasionnait une douleur « semblable à des épingles rentrant dans la peau ». Puis elle constata que deux « gros boutons » apparaissaient au-dessous ; elle mit des emplâtres de farine de lin, les boutons s'ouvrirent et se mirent « à donner énormément » une suppuration tellement abondante « que ça faisait la trace par terre », en même temps la douleur diminua ; il y avait un trou blafard à bord blanc. La malade alors eut une faim terrible « une vilaine faim », telle qu'elle ne prenait même pas le temps de faire cuire ses aliments ; elle les mangeait presque crus.

Ces deux boutons se fermèrent, mais il en poussa un autre à droite. Alors la malade alla voir le Dr Bonnet qui l'envoie dans le service.

À l'entrée on se trouve en présence d'une malade ayant maigri énormément, au teint pâle, avec de l'œdème de membres inférieurs. Le ventre est presque balonné et de petites chiquenaudes sur l'abdomen font apparaître des petits ondes.

En arrière on constate une première fistule en cul de poule, de couleur violette, laissant écouler un pus épais, à côté une deuxième fistule à peu près tarie.

Les deux fistules siègent dans la fosse iliaque externe gauche, à 5 ^c/_m au-dessous de la crête iliaque ; la deuxième siège presque en regard de l'articulation sacro-iliaque. On voit une petite dépression en cul de poule siégeant sur la face latérale du sacrum, cicatrice de la ponction faite par le Dr Naz.

On constate encore une petite fistule tarie à droite, ignorée de la malade.

La peau en arrière est brune, marquée par les traces des topiques.

En avant, au pli de l'aîne droite, une petite fistule laissant écouler pus formant tache luisante agglomérant les poils, fistule siégeant à la région inguno-crurale, au point correspondant à

l'intersection du droit antérieur de la cuisse et du psoas. Cette fistule existe sous forme d'une cicatrice allongée, en sens transversal parallèle à l'arcade, fistule keloïdienne violacée, peu volumineuse. Les téguments sont sains tout autour.

L'inspection de l'articulation est négative. Les signes d'Eriksen et de Volkman sont négatifs ; pas de douleurs.

La palpation de l'abdomen révèle dans la fosse iliaque droite une tuméfaction volumineuse, bosselée, très dure à la palpation. On perçoit des petits ganglions tout autour de la lésion.

La percussion de la colonne vertébrale, l'exploration de l'articulation sacro-iliaque de la grande échancrure sciatique ne révèlent rien d'anormal, aucune douleur.

Poumons : En arrière-vibration exagérée des 2 côtés ; retentissement de la toux ; râles expiratoires, inspiration soufflante. En avant : exagération des vibrations à droite, inspiration rude à gauche, râles inspiratoires à droite.

Langue rouge, légèrement vernissée.

Toucher rectal, rien à signaler.

Urines : gros disque d'albumine, énorme précipité cailleboté.

La malade quitte le service après quelques jours. La demande de renseignements adressée en mai 1925 est restée sans réponse.

Radiographie : Les contours de l'articulation paraissent nets, pas des signes d'ostéite de sacrum ; l'ostéite probable de l'aine iliaque au voisinage de la grande échancrure sciatique. Altération de la cinquième vertèbre lombaire, avec grosse apophyse transverse gauche, donnant les apparences d'une sacralisation, mais son contour est partout apparent.

La malade est décédée en septembre 1922 de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION III (Clinique du Professeur Tixier.)

M... (Léon), 61 ans.

Le malade vient du service du Professeur Roque, où il fut envoyé pour diabète.

A. H. Père mort à 59 ans de laryngite. Mère morte à 56 ans, asthmatique. Ni frère ni sœur.

A. P. Excellente santé habituelle. Pas de maladie vénérienne antérieure. Aucun antécédent à signaler. Pas marié. Pas d'éthylion. Pas de spécificité.

Le 30 octobre le malade arrive à l'Hôtel Dieu avec le diagnostic de diabète ou mieux de précoma diabétique. Mais chez le Dr Roque on ne trouve aucun de signe cardinaux du diabète : pas de polyurie, pas de polydipsie, pas de polyphagie. Sous l'influence d'un régime donné par son médecin, la diarrhée qu'il présentait disparaît. Le malade a maigri d'au moins 5 kg. Il semble donc qu'il y ait eu erreur de diagnostic, car il n'y a ni sucre, ni acétone dans les urines.

Huit jours avant l'apparition de cette maladie, c'est-à-dire aux environs du 1^{er} octobre 1922 apparaît un point douloureux très vif dans la région lombaire droite, un point de lumbago violent qui s'est présenté et qui existe encore le 21 novembre 1922.

Le 22 novembre 1922, le malade entre dans la clinique à St-Philippe accusant toujours la même douleur sourde et presque constante dans la région lombaire droite. A l'examen: malade pâle, amaigri par suite de la perte de l'appétit, apyrétique, le membre inférieur droit paraît légèrement atrophié à la cuisse et au mollet. Léger aplatissement de la fesse correspondante. Le malade, vu debout, ne se met pas en position hanchée. Ses deux pieds reposent également sur le sol. On ne constate aucune déviation de la colonne.

Si on fait marcher le malade on ne constate pas de boiterie ; mais au bout de quelques mètres de marche, la douleur réapparaît plus intense et plus tenace et oblige le malade à s'asseoir ou à s'allonger. Il y a quelque temps, lorsque le malade voulait s'asseoir il ne faisait reposer sur la chaise que la fesse gauche, actuellement le malade ne présente pas ce symptôme, car à ses dires, la douleur est considérablement diminuée depuis son entrée à l'Hôtel Dieu. Points douloureux à la pression de la face postérieure de la cuisse, à la pression du sciatique poplité externe et surtout point douloureux fixe au niveau de la sacro-iliaque droite.

On réveille une douleur en ce point lorsqu'on essaye d'écarter les deux crêtes iliaques ; douleur moins vive si on essaye de les rapprocher

De même, si on prie le malade de se soulever sur les mains et de se laisser retomber sur le plan du lit, il accuse de la douleur.

Par ailleurs, examen du malade complètement négatif, mais amaigrissement notable,

Toucher rectal. On provoque de la douleur qui paraît être due à la pression sur les racines du nerf sciatique. Le malade quitte le service.

Revu en novembre 1925, il est en bonne santé et travaille dans une usine.

OBSERVATION IV (Clinique du Professeur Tixier.)

N... (Marie), 65 ans.

La malade entre dans le service pour une tumeur qui siège au niveau de la fesse. Elle est apparue il y a environ 2 mois et a progressivement augmenté de volume.

Antécédents : père mort à 30 ans, mère morte à 42 ans, de cause inconnue. La mère aurait vomé du sang (?) avant de mourir. 5 frères morts du « carreau » en bas âge. Une sœur et 2 frères vivants en bonne santé.

Personnellement : la malade n'a gardé le souvenir d'aucune maladie dans l'enfance. Elle aurait pourtant présenté des adénites cervicales, disparues au moment de la puberté. (La malade aurait présenté seulement de l'albuminurie il y a 3 mois.) Elle ne toussait pas, n'a pas eu de pleurésie, jamais de douleurs articulaires. Aucun signe de bacillose antérieure. Mariée à 18 ans, sept enfants, dont deux morts en bas âge de convulsions. Les autres sont vivants, en bonne santé. Pas de fausse couche.

L'affection actuelle semble remonter à 3 mois environ, à cette date la malade travaillait encore, elle ne présentait ni boiterie, ni gêne dans la marche. Pas de douleur de sciatique. Légère oedème malléolaire le soir, en relation avec l'albuminurie déjà signalée. C'est donc en septembre 1922 que la malade constata une augmentation de volume de la fesse gauche qui lui semblait engraisée plus que l'autre. La palpation lui montre alors à ce niveau une grosseur grosse comme une noix, indolente, qui a présenté une augmentation progressive de volume, sans gêner la marche les premiers temps. C'est seulement au bout d'un mois et demi que la malade, gênée par cette tumeur, se décide à entrer à l'hôpital sans avoir d'autre symptôme pathologique.

A l'examen, à l'entrée, on constate en effet, au niveau de la fesse

gauche, en arrière de la symphyse sacro-iliaque, une tuméfaction du volume d'une orange ; la peau à son niveau est de coloration normale. Il n'y a pas d'augmentation de température locale, ni de circulation collatérale. La palpation non douloureuse, montre une fluctuation des plus nette, obtenue dans tous les sens, avec signe de flot. La peau est mobile sur la tuméfaction, qui paraît non adhérente aux plans sous-jacents. Cette tuméfaction présente donc tous les caractères d'un abcès froid.

L'examen de la hanche du côté malade montre une articulation normale. De même on ne découvre aucun point douloureux vertébral.

On examine alors la symphyse sacro-iliaque, pas de point douloureux à la palpation directe ni à l'écartement des ailes iliaques. Pas de point douloureux sur le trajet du sciatique. Pas de ganglions inguinaux.

La palpation des fosses iliaques et du triangle de Scarpe ne révèle aucun abcès froid.

Le toucher rectal ne montre pas d'abcès froid, mais seulement un point un peu plus douloureux au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche. Pas de lésion gynécologique au toucher vaginal.

L'examen des poumons et du cœur est négatif.

Urines : ni sucre ni albumine.

Radiographie : 25, x, 22. L'abcès augmentant de volume et la fluctuation étant de plus en plus superficielle, ponction au trocart ; on retire un grand verre de pus crémeux. Injection de glycérine iodoformée.

17. XI. 1922. Nouvelle ponction rendue nécessaire par la reproduction de l'abcès. On retire un verre et demi de pus sans grumeaux, peu épais. Injection de glycérine iodoformée. Pansement.

La malade est décédée en 1923.

OBSERVATION V

(Clinique du Professeur Tixier.)

D... (Alexandre), 49 ans.

Entré dans le service pour un volumineux abcès de la région fessière droite,

A. H. Père, cafetier, mort à 42 ans de cirrhose du foie. Mère, 69 ans, bien portante.

Fils unique, rien de particulier à signaler dans ses antécédents personnels. Pas de pleurésie.

Avoue un éthyisme assez marqué entre 25 et 40 ans. Il habitait Villiers-Morgon (Beaujolais). Sa femme est morte à 47 ans, l'année dernière, d'un phlegmon du bras (?). Il a 3 enfants vivants et bien portants. Une de ses filles a été opérée, il y a 6 mois, de l'appendicite dans le service, par le Dr Bonnet. Sa femme avait eu 3 fausses-couches, alternées avec des accouchements normaux à terme.

Son passé est lourdement chargé par de nombreuses crises de rhumatisme articulaire aigu.

La première atteinte rhumatismale remonte à 1900. Elle se localisa dans la tibio-tarsienne et guérit en 10 jours.

Six ans après, nouvelle atteinte dans les deux tibio-tarsienne, remontant dans les deux genoux. Immobilisation deux mois environ. En 1912, nouvelle crise analogue. Depuis cette époque les atteintes rhumatismales se répètent. Jusqu'à 6 par an. Les articulations des membres inférieurs sont alors touchées. Il semble que seules les hanches et les articulations de la tête aient échappé à la maladie.

Il a été traité classiquement avec des grosses doses de salicylate de soude et des pansements salicylés.

En 1916 ses articulations se sont enraidies. La raideur articulaire est particulièrement prononcée au niveau des tibio-tarsienne. Il y a une dizaine d'années, devant l'intensité des souffrances, un médecin fit des piqûres de morphine. Le malade trouva cette thérapeutique « si aimable et soulageante » qu'il continua à l'appliquer lui-même depuis. Depuis cette époque il se fait lui-même ses piqûres. A certaines époques il a atteint 0.70 centigrammes de morphine par 24 heures. Actuellement, il en est à 0,10 centigrammes environ.

On trouve, du reste, les traces de ses piqûres sous forme de tatouages ponctiformes et bleuâtres, à la face antérieure des cuisses et d'un ampâtement profond du tissu cellulaire de la paroi abdominale dans la fesse iliaque gauche.

Depuis un an il n'a pas eu de crise aiguë ; mais il conserve sans répit des douleurs articulaires sourdes et il marche avec de plus en plus de difficultés.

Depuis 4 mois il souffre de douleurs sciatiques du côté droit,

Il y a 2 mois est apparue dans la région fessière droite une tuméfaction qui est allée depuis en s'accroissant progressivement. Les douleurs sont surtout prononcées la nuit. La marche est rendue difficile de ce fait d'une part, du fait des raideurs articulaires d'autre part. Le malade marche avec une canne, courbé en avant et traine péniblement sa jambe droite. Il note que depuis cette époque il présente une véritable appréhension lorsqu'il veut s'asseoir et il prend pour se faire de grandes précautions.

A l'entrée il présente dans la partie haute de la fesse droite une poche fluctuante du volume d'une tête de fœtus. La peau à son niveau est rosée et ferme, sans modification thermique notable.

On note un point douloureux à la pression au niveau de la partie supérieure de l'interligne sacro-iliaque.

La pression sur les crêtes iliaques n'est pas particulièrement douloureuse, un peu cependant. Pas de points douloureux ni de déformation au niveau de la colonne vertébrale. Le toucher rectal est négatif. La palpation profonde de l'abdomen ne révèle aucune collection.

Couché, le malade tient à droite sa jambe fléchie sur la cuisse et l'extension complète au niveau du genou est impossible. Les mouvements de la hanche de ce côté sont limités par un certain degré de contracture musculaire, mais ils restent possibles en partie et ne sont pas douloureux en eux-mêmes.

Les deux articulations tibio-tarsiennes sont ankylosées en bonne position.

A gauche les mouvements des articulations du genou et de la hanche, quoique limités, subsistent.

Il faut noter qu'il y a 3 mois le malade a suivi un traitement au sulfodol par piqûres intra-fessières. Le 12 janvier, une ponction au trocart de l'abcès a ramené un pus jaunâtre clair, sans odeur mal lié, contenant des grumeaux. Il a été envoyé au laboratoire de bactériologie pour examen et inoculation au cobaye.

D° entre 37,5 et 38,2.

Rien au cœur et aux poumons.

Le 6 juin 1925, le malade présente un état général peu satisfaisant. La jambe droite est en flexion sur la cuisse. Au niveau de la face postérieure externe de la cuisse, au 1/3 supérieur la palpation permet de percevoir un abcès peut-être dû à l'infection provoquée par les nombreuses piqûres que s'est fait le malade (mor-

phinomanie). La hanche droite présente quelques signes de coxalgie (immobilisation, craquements).

Toucher rectal négatif. Le malade quitte le service.

Résumé de l'observation, prise chez le Dr _____ du séjour du malade dans ce service du 1^{er} juin au 16 juin 1924.

Le malade était adressé par le Professeur Froment pour une cure de désintoxication.

Souffrant depuis 1914 de rhumatisme articulaire aigu, le malade prit de la morphine et ce fut là le début de sa morphinomanie.

Prenant 6 à 8 centigr. en 1914, le malade arriva à prendre jusqu'à 1 gr. 20 en 1923. Il réduisit cependant cette dose et rentra dans le service avec 20 centigr. de morphine et 20 centigr. de héroïne.

Le malade présentait au point de vue de son système nerveux des réflexes tendineux très vifs, une hyperesthésie cutanée. Les pupilles sont égales et réagissent.

Le cœur présente des bruits très sourds, difficile à percevoir. Pas de bruits surajoutés.

Examen bactériologique et inoculation. Réponse le 15 janvier. L'examen bactériologique direct ne montre pas d'éléments microbiens (B K ou autres).

Les cultures sont demeurées stériles après trois jours d'études.

L'inoculation au cobaye a été pratiquée le 12 janvier 1925.

Le 26 février 1925, le malade part sur sa demande pour aller à la campagne. Son état général est bon. A la suite de la ponction il subsiste un petit trajet fistuleux en voie de guérison.

Le malade doit revenir se montrer dans quelque temps.

Réponse du laboratoire. Le cobaye inoculé le 12 janvier 1925 a été sacrifié le 14 mars.

Son autopsie nous a montré des lésions de tuberculose expérimentale généralisée.

Inoculation positive.

Radiographie : Il existe des lésions nettes de sacro-coxalgie droite avec érosion du rebord de l'échancrure sciatique.

En outre, signe d'arthrite sèche de la hanche droite avec déformation et aplatissement de la tête et signe d'ostéo-arthrite vertébrale lombo-sacrée, dont on voit les traces sous forme des saillies en crochets prolongent sur le côté le bord des corps vertébraux.

OBSERVATION VI

(Thèse de Fournet.)

Ostéo-arthrite sacro-iliaque droite. Fistules multiples.

M... (Jacques), âgé de 45 ans, entré au sanatorium de Inydcoot le 2 décembre 1921. Le père est mort à l'âge de 46 ans d'une affection pulmonaire aiguë. La mère est morte à 43 ans d'une affection inconnue. Onze enfants sont morts.

Le premier est mort-né. Le second est mort à trois mois d'une affection inconnue. Le troisième et le quatrième sont en bonne santé. Le cinquième et le sixième sont morts à l'âge de 5 et 6 mois, de méningite.

Le malade est le septième. Le huitième est en bonne santé. Le neuvième est mort du croup. Le dixième est mort de tuberculose osseuse. Le onzième, mort au régiment, de pneumonie ? Le douzième treizième, quatorzième, quinzième, sont morts d'affection inconnue.

Le malade fait une pleurésie sèche à 30 ans, il est très sujet aux bronchites et tousse tous les hivers.

Le 4 juin 1918, le malade qui est mobilisé, ressent dans la hanche gauche et dans la cuisse droite une douleur assez vive, comparable à celle d'une rupture musculaire. Il marche avec peine et reste dix-sept jours à l'infirmerie du front. Il est évacué à Lyon, il marche très difficilement et s'aidant de béquilles.

Il passe un conseil de réforme en septembre et est réformé avec 60 % d'invalidité. Son membre inférieur droit est mis en plâtre, trois mois après on enlève le plâtre.

Janvier 1919. Abscess de la région lombo-iliaque droite ; cet abcès est ponctionné pendant un an.

Février 1920. Abscess froid de la phalange de l'auriculaire gauche. Presque en même temps le genou droit devient très douloureux et augmente de volume. Il passe de nouveau devant la commission de réforme, on lui donne 100 % d'invalidité.

Deux mois plus tard, le testicule droit est tuméfié, il est douloureux. Une fistule postéro-supérieure s'établit. Le malade reste étendu ; il entre au sanatorium le 2 décembre 1921. On note alors : une tuméfaction violacée de la région lombo-iliaque gauche avec trois fistules ; deux de ces fistules sont contiguës et siègent au

niveau de l'extrémité supérieure de l'articulation sacro-iliaque droite. L'autre siège un peu plus en dehors, à la partie supérieure. A la pression, on note une douleur au niveau de l'interligne sacro-iliaque droite. On trouve un point douloureux à la partie supérieure de l'articulation sacro-iliaque gauche.

Les mouvements spontanés du membre inférieur droit sont limités et douloureux. Les mouvements provoqués, les épines iliaques étant solidement maintenues, ne sont pas limités et ne sont pas douloureux.

Le signe d'Erichsen est positif ; la douleur est localisée à l'interligne articulaire droit. La suppuration est abondante. Le malade souffre de douleurs spontanées, localisées à la fesse droite et irradiées à la cuisse et à la jambe. La marche augmente l'intensité de ces douleurs. La fesse et la cuisse sont atrophiées, la cuisse est en flexion sur le bassin et en légère adduction. Grosse sensibilité au niveau du testicule droit qui est volumineux. Epididyme tuméfié, bosselé, avec fistule supérieure donnant peu. Au genou droit endolorissement, augmentation de volume limitation des mouvements d'extension et de flexion ; pas de mouvements de latéralités ; gros craquements.

Au poulmon, respiration soufflante des deux sommets, en avant et en arrière. Légère submatité de ces deux sommets, quelques râles en arrière du sommet droit.

Etat général : mauvais ; fièvre continue.

Radiographie très nette : grosse lésion de l'articulation sacro-iliaque droite. L'état général baisse ; albumine, œdème membres inférieurs. Mort.

Radiographie 14 décembre 1921.

Luxation sacro-iliaque évidente ; la forme de l'aileron sacré apparaît très nette et l'interligne est bien visible, très élargi.

OBSERVATION VII

(Thèse de E. Delens. Observation de Girauld de Nolhac, Thèse 1840.)

Sacro-coxalgie gauche, supprimée.

Je fus prié, dans le courant de janvier dernier, de venir donner des soins à un ouvrier brossier, nommé Deval, demeurant rue

Pavée, faubourg Saint-Antoine, 10. Le lendemain, j'allais voir le malade qui souffrait depuis dix-huit mois.

C'était un homme de 45 ans, de taille ordinaire, à cheveux noirs, et qui m'assura n'avoir jamais eu de maladie avant celle qui le retenait au lit. Huit mois avant, à ce qu'il me dit, il avait sans cause connue, éprouvé des douleurs vagues qui se dissipèrent et reparurent alternativement plusieurs fois, finirent par prendre un degré de persistance qui gêna la marche et força le malade à entrer à l'hôpital, où des sangsues furent appliquées sur le lieu douloureux.

Cette médication n'ayant pas procuré de soulagement notable, Deval sortit de l'hôpital ; son genou commençait à se fléchir ; il m'assura, du reste, que jamais l'articulation coxo-fémoral n'avait été gênée dans ses mouvements.

Après avoir, comme il le dit lui-même, poussé le temps pendant deux mois, il rentra dans le service de M. Robert, chirurgien des hôpitaux. Un abcès ne tarda pas à se manifester à la partie supérieure du bord gauche du sacrum ; cet abcès fut ouvert et il s'en écoula un liquide presque aqueux. La marche était, dès lors, extrêmement difficile et ne pouvait avoir lieu sans support. Le malade sortit une seconde fois de l'hospice, bien décidé à n'y plus rentrer. Il se confia aux soins de M. Thierry, médecin du faubourg, qui appliqua trois vésicatoires à l'eau bouillante sur la partie postérieure de la crête iliaque du côté gauche. Ce moyen procura quelques soulagements. Peu de temps après, deux abcès se manifestèrent, l'un au-dessous de celui dont j'ai parlé et l'autre, à la face postérieure de la partie moyenne de la cuisse ; tous deux furent ponctionnés et il en sortit un pus blanchâtre, grumuleux et mal lié. L'articulation coxo-fémoral pouvait encore exécuter tous ses mouvements ; mais ils étaient suivis de quelques douleurs.

Ce fut à cette période désespérée de la maladie, que je fus appelé à donner des soins au nommé Deval.

Le décubitus dorsal, sur le côté malade, ne pouvait avoir lieu, il se tenait constamment couché sur le côté opposé. Il m'assura n'avoir jamais éprouvé d'accidents syphilitiques ni scrofuleux. Je pensai tout d'abord, à une coxalgie, mais le pied n'étant pas dévié et je ne pus découvrir la tête du fémur hors de sa cavité articulaire. Le membre mesuré de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la rotule, n'offrait point d'allongement et la distance de cette même épine au grand trochanter était la même que celle du côté opposé

Des fausses côtes à la crête iliaque, il y avait, du côté malade, une différence en moins de 2 centimètres ; en arrière, le bord gauche du sacrum faisait une saillie beaucoup plus prononcée qu'à droite. L'état général présentait, au reste, beaucoup d'amaigrissement. L'appétit était conservé.

Application de trois cautères à la potasse caustique. En auscultant le malade, j'ai découvert, sous la clavicule gauche, une énorme caverne du pounon. Il m'a semblé que l'ischion était un peu déjeté en dehors.

OBSERVATION VIII

(Thèse de E. Delens. Observation de M. le professeur Gosselin,
Gazette des Hôpitaux, 1870, p. 297.)

Sacro-coralgie présumée rhumatismale du côté droit.

Couchée au n° 12, de la salle Sainte-Catherine, bien constituée, habituellement bien portante. Elle se plaint de souffrir du côté de la fesse, de la hanche et de la cuisse droite depuis quatre mois. Il n'y a pas de cause traumatique, mais la malade allait souvent laver elle-même son linge à la rivière et elle pense qu'elle a dû être exposée à l'humidité.

Les douleurs d'abord étaient modérées, se sont progressivement accrues, et la marche est devenue extrêmement pénible. Elles sont à peu près constantes sans être toujours très intenses la nuit ; elles empêchent parfois le sommeil ; enfin, elles sont toujours plus intenses dans la station verticale que dans le décubitus horizontal.

La malade boîte notablement. La claudication a commencé avec les douleurs et augmente après quelques heures de station debout et de marche.

La malade indique, comme siège de ses douleurs, la région sacro-iliaque, la fesse, les parties externes et antérieures de la cuisse jusqu'au genou, mais nullement le trajet du nerf sciatique. La pression et la percussion au niveau de la partie postérieure de l'os iliaque, augmentent momentanément les souffrances.

La malade peut détacher le talon du lit et fléchir complètement la cuisse sur le bassin. Les mouvements communiqués par le chirurgien, ne se transmettent pas au bassin et à la colonne vertébrale.

Il n'y a ni abaissement du bassin, ni cambrure lombaire, ni effacement du pli de l'aîne.

M. Gosselin conclut à l'existence d'une arthrite sacro-iliaque, de nature probablement rhumatismale.

OBSERVATION IX

(Thèse de Naz)

Arthrite tuberculeuse sacro-iliaque gauche à forme fruste (névralgie de la région sciatique) avec abcès fessier volumineux et de la lésion de la face intrapelvienne du sacrum et de l'os coxal.

Ouverture de l'abcès, grattage, trépanation de l'os coxal et de l'articulation. Pénétration dans le bassin. Enlèvement aussi complet que possible de détruit tuberculeux. Amélioration opératoire.

E. L., 46 ans, commissionnaire. Entré le 3 mai 1894, à l'hôpital Laënnec. salle Malgaigne. Antécédents héréditaires : Néant. Antécédents personnels : a eu, dans son enfance, une ostéomyélite du tibia qui a très bien guéri. Plus tard, a eu la fièvre typhoïde, dont il s'est également bien remis.

Affection actuelle. Il y a cinq mois, le malade ressent, sans cause apparente, des douleurs dans la région sacro-lombaire gauche. Ces douleurs très vives, durèrent plusieurs semaines. Elles s'irradiaient dans la fesse et le long du nerf sciatique. On crut à une simple névralgie et on lui fit, sans succès, des applications répétées de pointes de feu.

Le malade souffrait en marchant et, particulièrement, lorsqu'il appuyait sur le sol le talon du membre du côté malade (gauche).

Il est obligé de cesser tout travail.

Les douleurs persistaient souvent la nuit au point d'empêcher le sommeil ; pour jouir d'un repos relatif, la malade était obligé de se coucher sur le côté sain.

Bientôt, une tuméfaction apparaît à la région sacro-fessière et au fur et à mesure qu'elle augmente de volume, le malade souffre de moins en moins.

Il ne tarde pas à marcher sans souffrance aucune, et son sommeil redevient calme.

Cependant, il accuse toujours de la faiblesse dans les jambes et comme sa tuméfaction continue à grossir, il entre à l'hôpital.

Examen à l'entrée. C'est un homme de taille ordinaire, maigre, pâle, à l'air fatigué et qui paraît avoir des habitudes éthyliques,

Il présente à gauche, à la partie inférieure de la région lombaire, une tuméfaction volumineuse, fluctuante et très irrégulière, mais dont la direction générale n'est nullement en rapport avec celle de l'interligne articulaire sacro-iliaque.

La douleur spontanée n'existe pas ; tout au plus en détermine-t-on un peu lorsqu'on comprime la région malade.

Les mouvements de l'articulation sacro-coxal sont libres.

Le choc sur le talon ne provoque de douleur nulle part.

Si on fait marcher le malade, on remarque que les plis fessiers sont à la même hauteur et qu'il n'y a pas de claudication.

Le toucher rectal ne révèle rien d'anormal dans le bassin.

Pas de signe de Larrey.

Pas de signe d'Erichsen ou de Volkmann.

Pas d'attitude vicieuse.

Examen de la poitrine. — N'indique rien de net au point de vue pathologique.

Diagnostic. — Arthrite tuberculeuse sacro-iliaque gauche, à forme fruste, avec abcès fessier volumineux.

Opération. — Le 22 mai 1894, par M. Pierre Delbet :

Incision fessière transversale, suivant le plus grand diamètre de la poche. Nettoyage et grattage des parois de l'abcès.

On sectionne les fibres musculaires et on arrive sur l'os coxal qu'on gratte également.

Un orifice conduit dans l'articulation et, à travers le sacrum, jusque dans le bassin. Ce conduit est agrandi : des fongosités, des séquestres, des détritres de toutes sortes sont enlevés ; on va même gratter les parties ramollies du sacrum et de l'os coxal sur la face qui regarde le petit bassin.

La plaie, touchée au chlorure de zinc au dixième et lavée, n'est pas refermée.

Drainages avec de la gaze iodoformée et pansement antiseptique.

Suites : Le malade paraît bien aller au début. Son état s'améliore : il se sent plus fort, mange avec appétit.

La plaie, régulièrement pansée, a bonne mine.

Au bout de quelques semaines cependant, son état s'aggrave : il se sent de plus en plus faible, perd tout appétit, tombe dans le

marasme et meurt le 28 août, c'est-à-dire plus de trois mois après l'opération.

Son autopsie n'est malheureusement pas faite.

Réflexions. — Ici, également, il s'agissait d'un sujet dont les antécédents n'indiquaient pas une vaillance à toute épreuve. Il avait souffert d'une ostéomyélite et d'une fièvre typhoïde et lorsqu'il entra à l'hôpital, il était plutôt faible et émacié quoique l'examen de la poitrine n'indiquât rien de bien net au point de vue pathologique.

La mort est évidemment due à une généralisation bacillaire.

OBSERVATION X (Thèse de Naz)

Homme de 60 ans. Deux larges abcès à la région fessière, le supérieur communiquant avec l'articulation sacro-iliaque.

Les abcès sont ouverts et grattés ainsi que l'articulation. Une fistule persiste après ce traitement.

Ce malade avait des antécédents tuberculeux.

CONCLUSIONS

La sacro-coxalgie passe pour être exceptionnelle chez les sujets âgés.

Pourtant, plus du quart des malades observés dans la clinique du professeur Tixier, pour cette affection, étaient âgés de 40 à 65 ans.

Toutes ces observations ont été recueillies depuis 1919. comme si la misère physiologique des vieillards après la guerre constituait un facteur étiologique important.

Les lésions anatomiques de la sacro-coxalgie chez les sujets âgés sont caractérisées par leur tendance à la diffusion dans le squelette atteint d'ostéoporose.

Les manifestations cliniques sont essentiellement caractérisées par des douleurs à type de névralgie sciatique, symptôme initial. auquel succèdent les abcès, souvent multiples et bilatéraux.

L'évolution est torpide. La marche de la maladie conduit

à une cachexie progressive et entraîne la mort en moins de 3 ans.

Le traitement chirurgical est réduit au minimum, car les formes limitées d'ostéite sacro-iliaque n'existent pas chez le vieillard et on ne peut espérer, par un acte chirurgical, poursuivre la totalité des lésions.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
L. TIXIER.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 16 Novembre 1925.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

Pour le Recteur et par délégation,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université :

JOSSERAND.

